

LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

*Convegno 16 maggio 2019
Casa di Soggiorno Prealpina,
Cavaso del Tomba*

EVOLUZIONE



ART. 32 COST.:

«1. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

2. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219

contenente «NORME IN MATERIA DI
CONSENSO INFORMATO E DI
DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO».

CIRCOLARI OPERATIVE (CIRCOLARE N. 1/2018)

IL DIRITTO ALLA SALUTE

- ▶ Il concetto di salute, oggi, non è più inteso esclusivamente come antitesi del concetto di malattia, ma assume un significato più ampio, cioè quello di **stato di completo benessere psico-fisico, parametrato e calibrato anche, e soprattutto, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, alle proprie concezioni di identità e dignità, nonché con un'idea di persona non accolta apoditticamente in astratto, bensì valutata giuridicamente nelle sue reali e concrete sfumature.**
- ▶ Il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica è rimesso, dunque, in linea di principio, **all'autodeterminazione del suo titolare:** i trattamenti sanitari sono liberi. In base al secondo comma dell'art. 32 Cost., infatti, nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non nei casi stabiliti dalla legge.

LA LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente «*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*».

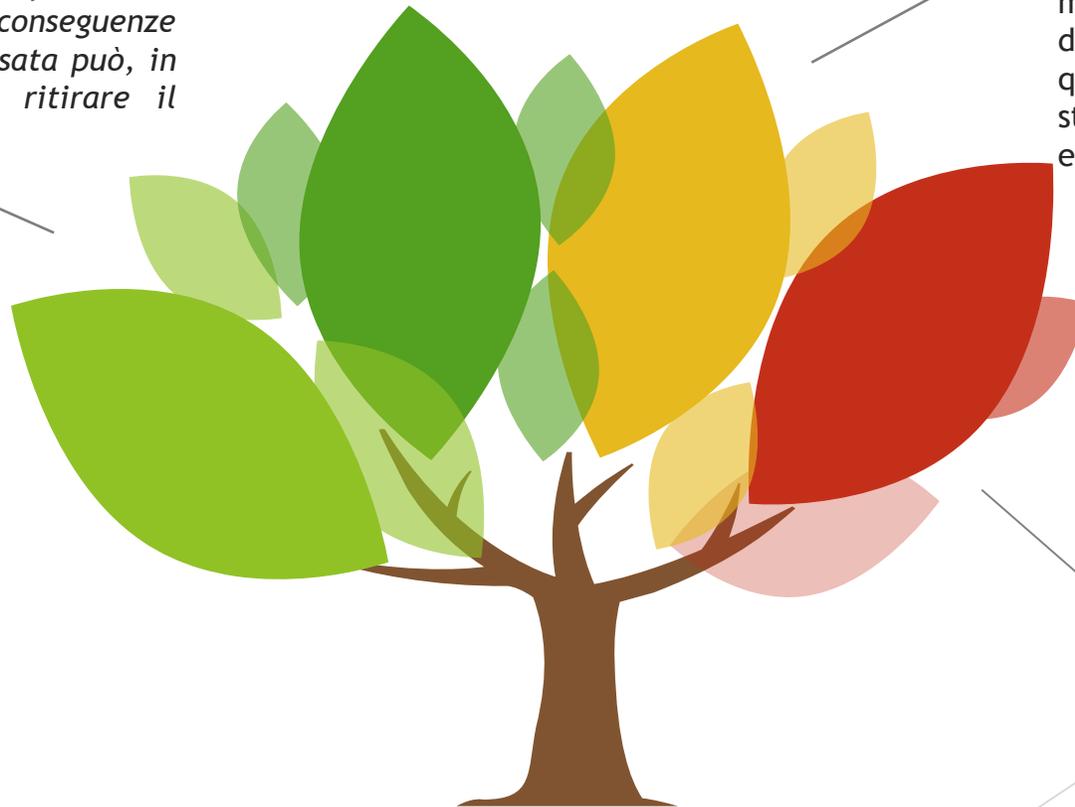
- ❖ Come richiamato all'art. 1, la presente Legge «*tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge*», nel rispetto dei principi della Costituzione (artt. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.
- ❖ Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona «*di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi*».

IL CONSENSO INFORMATO

- ▶ Lo strumento attraverso il quale il diritto alla salute si concilia con il diritto alla libertà di autodeterminazione è il **CONSENSO INFORMATO**.
- ▶ Per prestare un consenso pienamente informato l'interessato, **CAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE**, **deve essere messo a conoscenza:**
 - ❑ della **patologia** da cui è affetto;
 - ❑ dei **possibili sviluppi** della malattia stessa;
 - ❑ delle **diverse opportunità terapeutiche**;
 - ❑ e anche delle **conseguenze e dei rischi di eventuali interventi terapeutici**.

AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA E CONSENSO INFORMATO

Convenzione Europea di Bioetica del 1997 (c.d. di Oviedo) all'art. 5 stabilisce: *“Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”*.



L'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, d'altro canto, sancisce il diritto di ogni individuo alla propria integrità fisica e psichica precisando che nell'ambito della medicina e della biologia devono essere tra l'altro rispettati il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, nonché il divieto delle pratiche eugenetiche. Tutto questo in un quadro in cui all'art. 1 si stabilisce che la dignità umana è inviolabile e deve essere rispettata e tutelata.

Artt. 2, 13, 32 Cost.

IL CONSENSO INFORMATO SECONDO LA LEGGE 219/2017



La legge 22 dicembre 2017, n. 219, contiene **la prima ed organica disciplina sul consenso informato.**

- ▶ All'art. 1 si afferma che la legge, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona.
- ▶ Il comma 3 dell'art. 1 pone l'accento sul fatto che **l'informazione deve essere esaustiva e comprensibile**, con l'obiettivo che la relazione terapeutica, pur essendo asimmetrica, si mantenga umana, personale ed empatica, nonostante l'eccessivo tecnicismo della medicina e la "spersonalizzazione" dei rapporti che questo può comportare.
- ▶ La relazione terapeutica, per essere definita di cura, **si deve dunque basare su una comunicazione chiara e completa tra i due soggetti**. È, infatti, previsto espressamente che ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.
- ▶ Oltre al diritto di essere informati, **è consacrato il diritto di rifiutare**, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario e il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

► Secondo la Legge, va promossa e valorizzata, **la relazione di cura e fiducia tra il paziente e il medico che si basa sul consenso informato.**

► Il testo della norma disciplina **le modalità** in cui tale consenso informato può essere espresso:

«il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».

► In ogni momento **la persona può rivedere le sue decisioni.**

NB Il rifiuto (non inizio) o la rinuncia (interruzione) riguardano tutti gli accertamenti diagnostici e i trattamenti sanitari, tra i quali la Legge include:

- l'idratazione
- la nutrizione artificiali.



IL RUOLO DEL MEDICO

- ▶ «Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, **il medico prospetta al paziente** e, se questi acconsente, ai suoi familiari, **le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica**. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».
- ▶ «Il medico **è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo** e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».
- ▶ Nelle **situazioni di emergenza o di urgenza** «il medico e i componenti dell'équipe sanitaria **assicurano le cure necessarie**, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla».



TERAPIA DEL DOLORE E SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA

- ▶ La legge affronta anche il tema della TERAPIA DEL DOLORE, DEL DIVIETO DI OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE NELLE CURE E DELLA DIGNITÀ NELLA FASE FINALE DELLA VITA.
- ▶ In base all'art. 2, «Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, **deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze**, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita **un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative** di cui alla Legge 15 marzo 2010, n. 38.
- ▶ Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, **il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati**. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla **sedazione palliativa profonda** continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente”.



PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

- ▶ Del tutto innovativa è la previsione di cui all'art. 5, che tratta di un caso particolare di consenso informato in cui medico e paziente possono realizzare UNA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE in caso di "*patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta*" = si tratta di **UNA MODALITÀ DI DIALOGO E CONDIVISIONE DELLE DECISIONI E DELLE SCELTE TERAPEUTICHE** che si snoda all'interno di un rapporto di cura e fiducia, già instauratosi tra gli "attori" principali della relazione (paziente e medico).
- ▶ In tal caso il medico e l'*équipe* sanitaria sono tenuti ad attenersi alla **pianificazione** "qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità".

Quindi:

... È vero che nei contesti di **pianificazione** di **cura** non si pongono quindi i problemi legati alla verifica circa la persistente "attualità" di espressioni di volontà rilasciate in via anticipata da una persona in salute e in riferimento a stati clinici eventuali e solo astrattamente prevedibili

... Tuttavia, pur nella diversità degli scenari in cui si realizzano, evidenti sono i punti di contatto con lo strumento delle **DAT(117)**: **entrambi consentono alla persona di esprimere scelte relative alla propria salute** in previsione dell'incapacità di autodeterminarsi, ed entrambi possono prevedere l'indicazione di un fiduciario che collabora con i curanti per l'attuazione del programma **condiviso** di **cure**.



LE DAT = DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

- ▶ Le DAT hanno fatto ingresso nel nostro ordinamento con l'art. 4 della legge n. 219/2017 (entrata in vigore il 31 gennaio 2018) e sono comunemente definite «TESTAMENTO BIOLOGICO».
- ▶ L'istituto delle DAT consiste **nell'espressione della volontà della persona fisica maggiorenne che enuncia, in un momento in cui è capace di intendere e di volere, i propri orientamenti sul "fine vita", in merito a:**
 - ❖ TRATTAMENTI SANITARI
 - ❖ ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
 - ❖ O ALLE SCELTE TERAPEUTICHE CHE INTENDE O NON INTENDE ACCETTARE.
- ▶ Si tratta di volontà di cui il medico *“è tenuto al rispetto”* - secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 4 - nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita della capacità di intendere e di volere e l'interessato non dovesse essere più in grado di esprimere le proprie determinazioni acconsentendo o non acconsentendo alle cure proposte.

I REQUISITI STRUTTURALI DELLE DAT

► L'art. 4 prevede **3 REQUISITI**.

1- CAPACITÀ DEL DISPONENTE → possono fare le DAT tutte le persone che siano:



a) MAGGIORENNI;

b) CAPACI DI INTENDERE E VOLERE.

2- IL PRESUPPOSTO in presenza del quale il soggetto può esprimere le proprie disposizioni → *“in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi”*.



3- IL MOMENTO CHE PRECEDE LE DAT → *“dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte”*.



LA FIGURA DEL FIDUCIARIO

► Il disponente può indicare **UNA PERSONA DI SUA FIDUCIA, DENOMINATA “FIDUCIARIO”** (maggiorenne e capace di intendere e di volere), **che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.**

► L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene **attraverso:**

- **la sottoscrizione delle DAT**
- **o con atto successivo ad esse allegato.**

→ la clausola di designazione è inefficace finché non è accettata da quest'ultimo, con sottoscrizione coeva o atto successivo.

► Il fiduciario è, dunque, **un mandatario** (generalmente legato al dichiarante da vincoli di parentela, coniugio, affetto o amicizia) cui l'autore delle DAT **asigna l'incarico di assicurare che tali dichiarazioni siano rispettate ove questi non sia più in grado d'autodeterminarsi a causa della patologia.**

► L'accettazione del fiduciario **non è elemento di validità o efficacia delle DAT**, in quanto queste ben possono non contenere designazione.

→ La sopravvenuta rinuncia, morte o incapacità del fiduciario non si ripercuote sull'efficacia delle DAT; in ogni caso, il giudice tutelare può nominare un amministratore di sostegno allorché le circostanze fattuali lo suggeriscano (comma 4).

► Il mandato **è revocabile** osservando le medesime forme stabilite per il suo conferimento.



NELLA PRATICA: COME PREDISPORRE LE DAT

- ▶ Per le DAT, a differenza del semplice consenso informato, è contemplata **una maggiore rigidità nelle forme**. Queste, infatti, devono essere redatte:
 - a) **PER ATTO PUBBLICO**: cioè con documento redatto da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuire a quell'atto il valore di pubblica fede;
 - b) **PER SCRITTURA PRIVATA AUTENTICATA**: cioè con documento redatto per iscritto, con qualunque mezzo, e sottoscritto con firma autografa, la cui sola sottoscrizione è autenticata da un notaio o da un altro pubblico ufficiale.
 - c) **PER SCRITTURA PRIVATA CONSEGNATA PERSONALMENTE DAL DISPONENTE PRESSO L'UFFICIO DELLO STATO CIVILE DEL COMUNE DI RESIDENZA DEL DISPONENTE MEDESIMO**, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti all'uopo previsti (comma 4).

→ Con le medesime forme le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui “ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni”.

ALTRE MODALITÀ PREVISTE

- ▶ Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse **attraverso videoregistrazione o dispositivi che permettano alla persona con disabilità di comunicare.**
- ▶ Potranno, inoltre, **essere consegnate personalmente presso le strutture sanitarie**, ma solo nel caso in cui le Regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella Banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili. (art. 4, comma 7).

NB Le DAT **sono esenti** dall'obbligo di registrazione, dall'imposta da bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

LE SPECIFICAZIONI FORNITE DALLA CIRCOLARE OPERATIVA N. 1/2018

- ▶ Il Ministero dell'interno, in accordo con il Ministero della salute, ha fornito, con la Circolare n. 1 del 2018, **alcune indicazioni** riguardo le MODALITÀ DI CONSEGNA delle DAT presso l'Ufficio di stato civile dei Comuni. In particolare si chiarisce che:
 - le DAT possono essere presentate **esclusivamente dal disponente** e solo **presso il Comune di residenza**. Devono, inoltre, recare **la sua firma autografa**;
- l'Ufficio quindi non è legittimato a ricevere le DAT recate da disponenti non residenti.
- l'ufficiale di stato civile **non partecipa alla redazione delle DAT né fornisce informazioni o avvisi in merito al contenuto delle stesse**, dovendosi limitare a verificarne la sussistenza dei presupposti (identità e residenza del consegnante).
- Alla consegna viene rilasciata **una formale ricevuta**, con l'indicazione dei dati anagrafici dello stesso, data, firma e timbro dell'ufficio; tale ricevuta potrà essere apposta anche sulla copia delle DAT eventualmente presentata dal disponente ed allo stesso riconsegnata trattenendo l'originale.

NB La legge, in proposito, **non disciplina l'istituzione di un nuovo registro dello stato civile** rispetto a quelli già esistenti, sicché l'Ufficio, ricevute le DAT, **deve limitarsi a registrare un ordinato elenco cronologico delle dichiarazioni presentate** ed assicurare la loro adeguata conservazione in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.



VINCOLATIVITÀ DELLE DAT

- ▶ Ai sensi dell'art. 4, comma 5, il medico **è tenuto al rispetto delle DAT, che tuttavia possono essere disattese**, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse:
 - appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente;
 - ovvero sussistano terapie, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

NB Nel caso di conflitto tra il medico e il fiduciario decide il giudice tutelare.

LA BANCA DATI DELLE DAT

- ▶ La Legge di bilancio del 2018 ai commi 418 e 419 dell'articolo 1 ha previsto e finanziato l'istituzione presso il Ministero della salute di una Banca dati destinata alla registrazione delle DAT.
- ▶ Per la realizzazione della Banca dati, il Ministero ha istituito con Decreto direttoriale del 22 marzo 2018 un Gruppo di lavoro, a cui partecipano rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni e dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali. Il Gruppo di lavoro definirà i contenuti informativi della Banca dati, le modalità di registrazione e di fruibilità delle DAT e le misure di sicurezza per la protezione dei dati personali.





QUESITI POSTI DAL MINISTERO DELLA SALUTE IN MATERIA

- ▶ Il Ministero della salute, con richiesta del 22 giugno 2018, ha posto al **Consiglio di Stato** **alcuni quesiti riguardo l'istituzione della banca dati nazionale**, ex art. 1, comma 418, l. n. 205/2017, destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento.
- ▶ Il Consiglio si è espresso con [Parere del 31 luglio 2018](#).
 - *Primo quesito*
 - *Secondo quesito*
 - *Terzo quesito*
 - *Quarto quesito*
 - *Quinto quesito*

1° QUESITO

“Se la banca dati, istituita presso questo Ministero, debba intendersi solo quale strumento finalizzato ad annotare ed attestare solo l’avvenuta espressione delle DAT nonché ad indicare ove la stessa sia reperibile, ovvero contenere essa stessa copia della disposizione anticipata di trattamento eventualmente resa”. Per il Ministero:

- ▶ *La 1° interpretazione appare più aderente alla formulazione letterale della disposizione della legge di bilancio, ove si recita che la predetta banca dati è “destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)” e confortata dal raffronto della medesima con il testo dell’art 4, comma 7, della legge 22 dicembre 2017, n. 219, laddove si prevede espressamente che le regioni che adottano modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al servizio sanitario nazionale (SSN) possono regolamentare “la raccolta di copia delle DAT, compresa l’indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati”.*
- ▶ *La 2° interpretazione apparirebbe invece meramente desumibile da una presunta - ma non esplicitata - intenzione del legislatore di assicurare una più estesa attuazione, con le disposizioni recate dalla legge di bilancio 2018, alla specifica normativa in materia di DAT.*



RISPOSTA: Il Consiglio osserva che è vero che il termine “registrazione” utilizzato nella legge di bilancio, confrontato con il termine “raccolta”, previsto dall’art. 4, co. 7, della l. n. 219/2017, potrebbe far propendere per un’interpretazione restrittiva, così come proposto dal Ministero richiedente. Tuttavia detto termine sembra sia stato utilizzato dal Legislatore in senso atecnico, in quanto lo scopo indubbio della legge è quello di istituire un registro nazionale ove poter raccogliere le DAT → **LA BANCA DATI NAZIONALE DEVE, SU RICHIESTA DELL’INTERESSATO, POTER CONTENERE**

COPIA DELLE DAT STESSE, COMPRESA L’INDICAZIONE DEL FIDUCIARIO E L’EVENTUALE REVOCA.

2° QUESITO

*“Se la banca dati nazionale sia destinata **al solo**“ ... **iscritto al SSN** ...” cui si rivolgono le banche dati regionali ovvero ad ogni persona maggiorenne anche se non iscritta al SSN come sembra doversi dedurre dalla diversa terminologia utilizzata dal legislatore nei due casi”.*

Per l’Autorità di governo la seconda interpretazione sarebbe più aderente alla normativa di riferimento.



RISPOSTA: Il Consiglio di Stato è dell’opinione che i principi costituzionali prima ricordati vadano **nella direzione di imporre una lettura estensiva**, aprendo il registro nazionale **anche a tutti coloro che non sono iscritti al SSN**. La tutela costituzionale garantita a questo diritto, infatti, non permette di subordinare il riconoscimento alla suddetta iscrizione.

3° QUESITO

“Se sia esclusa - alla luce della lettura coordinata delle disposizioni richiamate - la possibilità di imporre, ai fini di conservazione elettronica, la standardizzazione delle DAT, la cui formulazione, sia pure con l’avallo dei notai o degli Ufficiali dello Stato civile, sembra doversi consentire senza schemi preordinati, configurandosi le stesse come atti a contenuto libero”.



Il Consiglio esprime il parere che, in via generale, vada mantenuta la possibilità di rendere le DAT **senza un particolare vincolo di contenuto**: l’interessato deve poter scegliere di limitarle solo ad una particolare malattia, di estenderle a tutte le future malattie, di nominare il fiduciario o di non nominarlo, ecc.

RISPOSTA: È DA ESCLUDERE, QUINDI, LA POSSIBILITÀ DI PREVEDERE UNA VERA E PROPRIA STANDARDIZZAZIONE DELLE DAT A FINI DI CONSERVAZIONE ELETTRONICA.

Sotto tale profilo **può essere utile un atto di indirizzo** - eventualmente adottato all’esito di un tavolo tecnico con il Ministero della giustizia, il Consiglio nazionale del notariato e il Ministero dell’interno - che indichi alcuni contenuti che possono essere presenti nelle DAT, allo scopo di guidare gli interessati sulle scelte da effettuare. Spetterà poi al Ministero di mettere a disposizione un modulo tipo, il cui utilizzo è naturalmente facoltativo, per facilitare il cittadino, non necessariamente esperto, a rendere le DAT.

4° QUESITO

Considerato che, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della richiamata legge n. 219/2017, l'assistito esprime le DAT *“dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte”* - il Ministero chiede se l'acquisizione di siffatta informativa possa essere dichiarata dall'interessato, ai sensi del d.P.R. n. 445/2000 contestualmente alla disposizione anticipata.



Su tale problema osserva la Commissione speciale che - anche in relazione alle possibili responsabilità del medico che si è attenuto alle DAT considerandole valide e della struttura sanitaria in cui è eventualmente incardinato - **appare necessario che vi sia certezza in ordine alla “adeguatezza” delle informazioni mediche acquisite dall'interessato e riguardanti le conseguenze delle scelte effettuate.**

RISPOSTA: Pur non potendo rilevare sotto il profilo della validità dell'atto, **sembra decisamente opportuno che tale circostanza venga attestata**, magari suggerendola nel modulo-tipo facoltativo che verrà predisposto dal Ministero della salute.

5° QUESITO

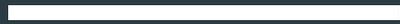
“Se la legittimazione ad accedere alla banca dati per verificare l’esistenza di una DAT e, ove riprodotto, il contenuto della stessa, debba intendersi limitata al personale medico (considerato che l’art 4, comma 5, della legge n. 219 del 2017 impone esplicitamente al “medico” il rispetto delle DAT) in procinto di iniziare o proseguire un trattamento sanitario nei confronti di un paziente in situazione di “incapacità di autodeterminarsi”, e se quest’ultima condizione debba essere attestata con idonea certificazione da trasmettere e acquisire alla menzionata banca dati”.



RISPOSTA: Il Consiglio osserva che la normativa in materia di DAT **deve essere coordinata con le disposizioni normative a tutela del diritto alla riservatezza**, anche questo diritto fondamentale della persona umana. Ferma restando, dunque, la necessità che su tali profili si esprima il Garante per la protezione dei dati personali si è dell’avviso che:

- ▶ 1. alle DAT **può accedere il medico** che lo ha in cura allorché sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi del paziente;
- ▶ 2. **deve potervi accedere il fiduciario sino a quando è in carica** perché, ragionando diversamente, non avrebbe la possibilità di dare attuazione alle scelte compiute. In tal caso, non sembra violato il diritto alla riservatezza del paziente perché l’art. 4, al comma 2, prevede espressamente che, dopo l’accettazione della nomina da parte del fiduciario, a quest’ultimo sia rilasciata una copia delle DAT.

→ Si sottolinea la necessità di prevedere efficaci e costanti strumenti di monitoraggio del funzionamento delle norme, volti a verificarne l’idoneità a perseguire, in concreto, gli obiettivi fissati dal legislatore ed a garantirne la più estesa attuazione.



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**